Estratto dagli Atti del XII Congresso della Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia
tenuto a Torino nel 1908

7

ASCESSI DEL COLLO DI ORIGINE OTITICA

(varietà ascessi della nuca)

PEL

Dott. U. CALAMIDA

Docente alla R. Università di Torino

Primario all' Ospedale Maggiore di Milano





PAVIA

PREM. STAB. TIPOGRAFICO SUCCESSORI BIZZONI

1910

Estratto dagli Atti del XII Congresso della Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia
tenuto a Torino nel 1908

ASCESSI DEL COLLO DI ORIGINE OTITICA

(varietà ascessi della nuca)

PEL

Dott. U. CALAMIDA

Docente alla R. Università di Torino

Primario all' Ospedale Maggiore di Milano





PAVIA
PREM. STAB. TIPOGRAFICO SUCCESSORI BIZZONI
1910

Ascessi del collo di origine otitica - (varietà ascessi della nuca). — *Comunicazione* del Prof. U. CALAMIDA (*Milano*).

Gli ascessi cervicali otitici si presentano non infrequentemente alla nostra osservazione. Essi, per la loro patogenesi, per la ubicazione anatomica e per la loro estensione assumono varie modalità, alcune delle quali se ne differenziano per un speciale e caratteristico quadro clinico.

È necessario però per la pratica, perchè possiamo essere in grado di distinguere queste varietà di ascessi, che noi riconosciamo le loro differenti cause eziologiche, che ci rendiamo conto delle vie di propagazione seguite dalla suppurazione auricolare lungo i vari distretti del collo, perchè solo in tal modo, tenendo anche calcolo della loro speciale sintomatologia, noi potremo stabilire una giusta linea di condotta per un appropriato intervento operativo.

La diffusione della suppurazione auricolare alle varie regioni del collo può avvenire per tre vie: la linfatica, la sanguigna, e la ossea. Poco nota la prima, date le scarse nostre conoscenze anatomiche sul sistema linfatico dell'orecchio colle regioni vicine, la via sanguigna rappresenta invece una strada più importante per gli intimi e importanti legami che la circolazione venosa della cassa e della mastoide ha coi seni venosi endocranici e coi tronchi venosi del collo. Ma la via ossea è certamente fra tutte, la preferita, potendo la suppurazione auricolare propagarsi sia per vie anatomiche preformate, rappresentate dalle numerose varietà e anomalie mastoidee, o per

vie patologiche, come per usure o perforazioni dovute a processi cariosi. Così una suppurazione auricolare che si sia diffusa al collo per diverse strade, cioè per la linfatica; o per la sanguigna: per una flebite o periflebite della giugulare, o del seno laterale con propagazione alla vena mastoidea, o per via metastatica: o per via ossea da vie anatomicamente preformate: usure congenite della punta della mastoide, cellule perituba-riche, punta della rocca, canale del muscolo tensore del timpano ecc., o da tramiti patologici: una volta che abbia raggiunto il collo, potrà diffondersi alle varie regioni, tenendo un decorso vario che verrà influenzato, almeno in parte, dalla direzione e tensione dei muscoli e dei diversi foglietti aponeurotici. A seconda poi della sede e della profondità degli strati in cui verrà a circoscriversi, darà luogo a delle varietà di ascessi caratterizzati da una fisonomia clinica particolare.

Ma gli ascessi cervicali, quantunque più raramente, possono originarsi da una diffusione di una raccolta endocranica (ascessi extra sub-intradurali e perisinusali) attraverso vie anatomicamente preformate, o attraverso perforazioni patologiche. Molteplici sono le strade battute dal pus e variano a seconda della sede della raccolta endocranica. Così gli ascessi extradurali della fossa cranica media possono definire attraverso il forame ovale e il forame rotondo, possibilità ammessa come ipotesi dal Kien ma non ancora dimostrata, con sicurezza, da osservazioni cliniche: o attraverso il forame lacero anteriore (Braunstein). Le raccolte della fossa cranica posteriore trovano una via di uscita dal forame lacero posteriore (De-Rossi, Kessel, Laurens, Boulay, Cheatle, Engelhardt) e come ho potuto io pure osservare in un mio caso operato e guarito; in via eccezionale dal forame occipitale (Kessel, Schultze, Lentert, Deutschländer, Neumann), o dalle vene perforanti del cranio: foro mastoideo e vene emissarie accessorie (Citelli), canali emissari squamosi e petrosquamosi (Luscka, Bovero-Calamida): o attraverso suture incompletamente saldate [s. petro-squamosa, s. temporo-occipitale (Citelli)].

Gli ascessi endocranici possono inoltre erompere all'esterno attraverso fistole cariose della porzione occipitale dell'osso occipitale (De Rossi, Luc, Goris ecc.) o della squama del temporale (Meuriot) o attraverso usure delle suture, specie della s. temporo-occipitale.

La sede dell'ascesso cervicale varierà perciò di sede e di profondità a seconda del punto di emergenza del pus, cosicchè le suppurazioni endocraniche che prescelgono la via del foro lacero anteriore o di un seno fistoloso delle adiacenze, produrranno a preferenza un ascesso nella loggia posteriore della faringe (asc. retrofaringeo) : se il pus invece si farà strada attraverso il foro lacero posteriore, darà luogo ad un ascesso della parete laterale della faringe, o lungo il fascio nerveo-vascolare ; se il pus defluirà attraverso il forame occipitale o lungo l'arteria vertebrale o la vena del canale condiloideo posteriore, o attraverso una perforazione patologica dell'osso occipitale, si avrà una raccolta purulenta sotto-occipitale, o al di sotto dei muscoli della nuca.

Fra i molti e svariati casi della pratica ospedagliera io voglio, per oggi, limitarmi a riferire due osservazioni di ascessi della nuca, i quali sovra gli altri mi paiono interessanti per il loro non comune meccanismo di produzione, avendo, nel primo caso, la raccolta endocranica seguito il decorso della doccia grassosa dell'arteria vertebrale, dando origine ad un ascesso profondo della regione laterale della nuca ; nel secondo caso invece il pus essendo fuoriuscito da un ampio forame anomalo posto dietro il foro occipitale dando luogo ad un ascesso profondo della regione mediana della nuca.

I[a] osservazione — Gerosa Carlo, a. 9 Cantù.

E affetto da otorrea destra dall'età di un anno, e ha già sofferto precedentemente, a quanto racconta il padre, altre due volte di mastoidite, determinantesi nei periodi che cessava o diminuiva lo scolo auricolare. Recentemente ammalò di tifo, di cui è tutt' ora convalescente.

Da una quindicina di giorni venne colto da accessi febbrili molto intensi, preceduti da brivido : la febbre dopo un periodo di acume, di poche ore, scende gradatamente in mezzo a sudore profuso. Da circa dieci giorni rossore, turgore, e dolore forte alla mastoide destra ed alla nuca.

12 Agosto. Stato presente : Condizioni generali molto gravi, quasi comatose. Abbondante pus fetido nel condotto uditivo destro stenosato : mastoide tumefatta e dolente alla palpazione. Pupille eguali e ben reagenti. Collo un poco rigido e dolente nei movimenti. Non Kernig.

Diarrea continua. Prima di mezzogiorno viene colto da brivido intenso subito seguito da un rialzo febbrile notevolissimo (40.1) Non delirio : polso discreto e regolare ma frequente.

13. Stanotte apiressia, poi nuovamente brivido intenso seguito da

febbre (39.2) Operazione: Incisi i tessuti molli e scoperto l'osso si nota, in rapporto alla sutura temporo-occipitale una carie estesa quanto una moneta da 5 cent. Scalpellata la corticale si mettono a nudo ampiamente la dura madre cerebrale e il seno laterale, ambedue di colorito grigio sporco e ricoperti da pus. La dura madre cerebellare si presenta erosa nella sua porzione inferiore, e dalla soluzione di continuo geme pus. Assicuratici con uno specillo che esiste una ampia cavità ascessuale, nella sostanza nervosa, ripiena di pus, con un bistourì si allarga la breccia, con una incisione a croce della dura, quindi si introduce un pean nella cavità ascessuale, che é molto ampia, occupando quasi tutto il lobo destro, e lo si vuota di abbondante pus fetido.

Si esplora colla siringa il seno laterale, ricavando del sangue rosso vivo, rutilante. Zaffamento della cavità ascessuale e della ferita.

Nella giornata il sensorio si fa più libero. L'A. si sente soggettivamente migliorato.

Non nistagmo spontaneo. Accomodazione e reazione pupillare normali.

I giorni 14 e 15 passano relativamente tranquilli. Persiste la febbre a tipo continuo (38-39.6), ma senza brividi.

16. Condizioni invariate. Alla medicazione si riscontra alla regione laterale destra della nuca un ascesso situato profondamente sotto i muscoli, fluttuante alla pressione. Lo si apre dando esito ad abbondante pus. Si esplora poscia la cavità con uno specillo, il quale si affonda fin contro la base occipitale, dietro il processo condiloideo. Non si può arguire se si tratti di una fistola ossea: l'osso all'intorno è a nudo e sembra rugoso.

17. Condizioni generali aggravate. Delirio, incoscenza. Verso le 17.30 brividi non intensi e di corta durata. Temp. 10.8. P. 126.

20. Le condizioni, in questi giorni, sono state sempre gravi. Oggi si nota rigidità dei muscoli della nuca. Capo in estensione. Erpete labiale. Cefalea, delirio. Polso frequente. Il giorno 21 muore.

Autopsia parziale. 22 Agosto. (27 ore dopo la morte).

Meningi cerebrali e cervello normali, eccettuati i vasi che sono fortemente iniettati sui cerebrali normali. Nello spessore del lobo cerebellare destro vi è la cavità ascessuale completamente vuota, che occupa quasi tutto l'emisfero; sul pavimento del lobo cerebellare sinistro esiste un focolaio di pachimeningite della grandezza di una moneta di due soldi.

Nella regione latero-posteriore destra del foro occipitale, dentro lo speco vertebrale e all'infuori delle menigi spinali scollate, si riscontra una saccoccia ripiena di pus, profonda circa 12-15 mm., la quale comunica esternamente coll' ascesso del collo aperto all' atto operativo. Infatti uno specillo sottile, con un poco di attenzione, dalla breccia esterna penetra all' interno dello speco.

Per accertarmi quale via avesse tenuto il pus, e cioè se si era fatto strada all'esterno attraverso un punto di carie dell'occipitale, o piuttosto per il foro condiloideo posteriore o per l'arteria vertebrale, ho allargata di molto la breccia operatoria, scollando i muscoli profondi e mettendo così a nudo la base dell'occipitale e l'articolazione colle prime vertebre cervicali. Queste si mostrano integre e di aspetto normale: la porzione

della base occipitale situata dietro il processo condiloideo si presenta a nudo, ma l' osso non è più rugoso che di norma ed è sano. Esiste il foro condiloideo posteriore, ma piccolo non sondabile. Il contorno laterale destro del foro occipitale e il margine posteriore, dal lato interno, sono normali, integri senza traccia visibile di carie.

Lo specillo che dall'esterno comunica collo speco vertebrale si approfonda, insinuandosi subito dietro il processo condiloideo, fra l' atlante e l'occipite precisamente lungo la docciatura dell' arteria vertebrale.

Avendo per ciò potuto escludere con sicurezza la carie ossea della base dell' occipitale e la via del foro condiloideo posteriore, non rimane che ammettere che il pus abbia seguita il tramite dell'arteria vertebrale, lungo il cui decorso si era fatta la fistola che lo specillo metteva in evidenza. Questa deve essere certamente una via eccezionale, se, dalle accurate ricerche bibliografiche, non mi è stato possibile rintracciare che un'altra osservazione consimile dovuta allo Schultze (Arch. f. Ohrenh. B. LXI-1904).

IIª osservazione. Ferraris Giovanni, a. 10, Milano.

Da sette anni e più soffre di spurgo purulento ad ambedue le orecchie. È sempre stato sofferente e gracile. Sei anni fa fu colpito da meningite, poi si ammalò di angine, di morbillo, di polmonite doppia e di endocardite.

Or sono sei giorni venne colpito da intenso dolore di capo, delirio e febbre continua (39°-40°). Viene accettato in Ospedale il 4 Luglio u. s. con sintomi manifesti di meningite.

L'a. è in condizioni assai gravi, incosciente e delirante. Presenta rigidità della nuca, e i movimenti del capo strappano forti lamenti al paziente; sintoma di Kernig; positivo il Babinski; le pupille reagiscono lentamente alla luce. Riflessi patellari scarsi, persistono gli addominali e il cremasterico. La temperatura oscilla dai 39° ai 40.5° P. 72. R. 34. I condotti uditivi sono ambedue ampi con scarsissima traccia di pus depositata nel fondo. Le membrane timpaniche presentano bilateralmente delle ampie perforazioni.

Le mastoidi sono all' aspetto normali e non dolenti alla palpazione.

Il giorno dopo vien praticata la puntura lombare con estrazione di circa 40 cc. di liquido torbido sotto forte pressione.

Nei giorni consecutivi l'a. andò sempre peggiorando. Tutte le vertebre sono dolorose, anche sotto moderata pressione. Vomito, perdita delle urine. Temperatura sempre elevata. Il giorno 12 muore.

Autopsia parziale (13 Luglio). Leptomingite diffusa. I due temporali sono di colorito normale e non presentano affatto traccie visibili di carie.

Ciò che colpisce invece subito la nostra attenzione è che, dietro del foro occipitale e sulla linea mediana, esiste un'altro forame pure rotondo, quasi di eguale grandezza del primo, ripieno di pus. Ascingato il pus con una spugna, si constata che la meninge si adatta interamente nella cavità anomala, a guisa di saccoccia, e che nella parte sua più declive è, per un piccolo tratto, usurata. Coll' indice della mano si rileva la completa deficienza di osso, e la sua breve comunicazione anteriore col foro occipitale: usando della palpazione bimanuale, si vede che la suddetta saccoccia protrude perfettamente sulla linea mediana della nuca, al di sotto dei muscoli profondi. Si distacca con precauzione la meninge dall'osso: il foro anomalo che ha un diametro di 25-26 mm. presenta i margini perfettamente lisci e smussi. Il grande foro occipitale, per una deficienza ossea della parte mediana del contorno posteriore — deficienza ossea che è di 10 mm. circa — comunica col foro anomalo, formando così con questo, quasi la figura della cifra 8.

Questa anomalia mi riuscì affatto nuova, cosicchè ho istituito delle ricerche nella letteratura anatomica e clinica, ma senza alcun risultato. Il Prof. Fusari personalmente mi ha fatto conoscere una sua osservazione la quale ha molta simiglianza colla mia. La osservazione è intitolata: « *Grande forame anomalo nel sorra occipitale* (1) ». Il cranio era asimmetrico e idrocefalico; il forame anomalo trovavasi a 18 mm. all'indietro del grande occipitale: esso aveva 23 mm. di diametro. Sembra che l'individuo possessore di tale cranio avesse nella regione della nuca un tumore molle, per cui si era fatto diagnosi di ernia dell'encefalo. Questa anomalia, è a suo parere, con ogni probalità, congenita, e gli pare di poterla considerare come un residuo di una esencefalia parziale primitiva. Le mie ricerche fatte sui crani dal Museo dell'Istituto Anatomico di Torino e di altre raccolte riuscirono, a questo proposito, infruttuose. Questa anomalia perciò deve essere tutt'altro che comune.

Anche nel nostro caso, probabilmente, doveva essere esistito

(1). Prof. R. Fusari. Il Museo Anatomico dell'Università di Ferrara. — Seconda comunicazione. Delle principali varietà ed anomalie presentate dalle ossa della testa e del tronco, esistenti nel Museo Anatomico. Ferrara, Tip. Bresciani 1891. Estratto, a pag. 12.

Per il nodulo di Kerckring vedi, fra le altre, la memoria di S. Bianchi: Sul nodulo Kerckringiano e sua relazione con la fossetta occipitale mediana. Monit. Zoolog. Ital. Anno IV n. 3 del 30 aprile 1893.

una forma parziale di idrocefalo, sviluppatosi nel periodo precedente all'ossificazione, vale a dire a cranio cartilagineo-membranoso, e la presenza di questo idrocefalo limitato, deve avere impedito l'ossificazione di quel tratto. Per spiegare poi la comunicazione mediana fra il grande foro occipitale e il forame anomalo, non mi pare necessario invocare l'intervento del nucleo di Kerckering e la sua mancata ossificazione, tanto più che quel nodulo rappresenta un' ossificazione accessoria, accidentale, e, come dice il Bianchi, destituita d'ogni valore morfologico.
